

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1937-1938 - N° 71

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
SARCOMES MUSCULAIRES
DES MEMBRES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 18 Mai 1938

PAR

Jean DUCOURNAU

Né à Rion-des-Landes (Landes), le 26 Avril 1910

Examineurs de la Thèse	{	MM. PAPIN, professeur	Président
		JEANNENEY, professeur	Juges
		CHARRIER, agrégé	
		MASSÉ, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE E. DROUILLARD
PLACE DE LA VICTOIRE, 3

1938



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1937-1938 - N° 71

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
SARCOMES MUSCULAIRES
DES MEMBRES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 18 Mai 1938

PAR

Jean DUCOURNAU

Né à Rion-des-Landes (Landes), le 26 Avril 1910

Examinateurs de la Thèse	{	MM. PAPIN, professeur	<i>Président</i>
		JEANNENEY, professeur	<i>Juges</i>
		CHARRIER, agrégé	
		MASSÉ, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE E. DROUILLARD
PLACE DE LA VICTOIRE, 3

1938

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Enlevé trop tôt à ma tendresse et dont le souvenir
de son grand cœur restera pour moi le
meilleur des exemples.

A MA MÈRE,

Qui m'a toujours prodigué sa plus tendre affection,
j'offre ici un faible témoignage d'amour filial
et de reconnaissance pour tous ses sacrifices
à mon égard.

A MA FEMME

Que ce modeste travail reste toujours entre nous
le talisman de notre amour et de notre
bonheur.

A MES SŒURS, A MA BELLE-SŒUR, A MON FRÈRE, A MES BEAUX-FRÈRES, A MES BEAUX-PARENTS

Humble témoignage de mon affection.

A MES PARENTS, A MES AMIS

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A MES JUGES

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. PAPIN

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-ANDRÉ

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE.

Qu'il nous soit permis de le remercier du
très grand honneur qu'il nous fait en
acceptant la présidence de cette thèse
dont il nous a fourni le sujet.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
SARCOMES MUSCULAIRES
DES MEMBRES

AVANT-PROPOS

Lorsque M. le Professeur F. Papin nous suggéra l'idée d'une étude des sarcomes musculaires des membres, ce travail nous apparut facile. Nous devions nous orienter plus particulièrement vers le mode de traitement, en nous appuyant sur l'observation.

Mais d'emblée la difficulté apparaissait dans le nombre restreint d'observations complètes publiées jusqu'à ce jour.

Nous avons pu néanmoins réunir dix observations, desquelles nous tirerons les conclusions relatives à la meilleure conduite à tenir en vue du traitement de ces sarcomes musculaires des membres.

PLAN GÉNÉRAL

Nous diviserons ce travail en trois parties :

1° La première partie, après un court historique, fera l'objet d'une étude clinique rapide, et nous insisterons sur les divers modes de traitement employés et sur les suites opératoires.

2° La deuxième partie comprendra les observations.

3° Dans la troisième partie nous tirerons des conclusions.

PREMIÈRE PARTIE

Historique

L'historique du sarcome musculaire des membres se confond avec l'historique des sarcomes musculaires en général.

C'est Lebert qui, en 1844, signala le premier son existence dans une communication à la Société de Chirurgie.

Dans sa thèse, en 1862, Vignes les sépare nettement, au point de vue clinique, du carcinome. A partir de cette époque, des observations commencent à être publiées, grâce à la possibilité d'examens histologiques.

En 1865, Wolkmann affirme : « Le sarcome est la plus fréquente des tumeurs des muscles ».

En 1866, P. Brocca admet le traumatisme comme la cause occasionnelle du sarcome.

Puis successivement, Trajet en 1875, Chuquet en 1877, Klemen Weitz en 1879, Nicaise en 1880, Courbet en 1881 rapportent des observations de sarcomes du muscle. A ce moment-là, en 1881, Cornil et Ranvier écrivaient dans leur manuel : « Nous ne connaissons pas d'exemple authentique de sarcome primitif des muscles ».

En 1885, pour l'attribution du prix Demarquey, la Société Anatomique fait choix du sujet suivant : « Rôle étiologique de la contusion dans le développement du néoplasme ».

En 1898, J. Bosc traite du parasitisme du sarcome.

En 1905, Potherat présente à la Société de Chirurgie un cas de myxo-sarcome, avec récidives survenues après extirpation. Il en conclut à l'existence d'une tumeur maligne.

En 1906, Dumarquest, dans sa thèse, conclut à l'action favorable des rayons X sur les sarcomes.

En 1911, Lecène et Mondor, dans le *Journal de Chirurgie*, font un remarquable exposé du traitement des sarcomes musculaires par la « Myectomie large ».

Puis plus tard, en 1925, E. Polosson, dans sa thèse, traite du conjonctivome.

En 1926, une discussion importante s'engage à la Société de Chirurgie de Lyon. Comme traitement il y est préconisé l'amputation d'emblée.

En 1928, dans sa thèse soutenue à Bordeaux, Florisson rapporte vingt-deux observations.

Etude Clinique

I. — DÉFINITION

Signalés pour la première fois par Lebert en 1844, les sarcomes musculaires des membres sont des affections relativement fréquentes. Groupés sous le nom général de « conjonctivomes », ces sarcomes, d'origine musculaire ou conjonctive, sont des tumeurs très malignes se développant soit au niveau du muscle lui-même, soit au niveau de son aponévrose.

II. — ÉTIOLOGIE

Quelles sont les causes qui favorisent l'apparition de ces tumeurs ? Il est à remarquer que le traumatisme qui est généralement invoqué par les malades semble être à l'origine de ces sarcomes du muscle.

Le muscle grand travailleur est le plus souvent atteint, et l'affection survient chez l'homme dans une plus grande proportion.

Ni l'hérédité, ni l'âge ne semblent avoir d'influence, et cependant, le maximum de fréquence se place entre vingt-cinq et cinquante ans.

III. — SYMPTOMATOLOGIE

Le sarcome musculaire se présente comme une tumeur unique, à évolution lente. Le malade vient consulter le médecin, soit parce que, par hasard, il a découvert, au niveau d'un de ses membres, une grosseur anormale, soit qu'il est légèrement incommodé. Le malade ne souffre pas et ne présente aucun trouble fonctionnel.

Ce n'est que tardivement, par suite de compressions nerveuses, que le malade ressent une douleur soit locale, soit irradiée dans le membre atteint.

A l'*inspection*, nous constatons l'existence d'une tumeur d'un volume variant entre celui d'une noix et celui d'une tête de fœtus. A son niveau la peau garde le plus souvent sa coloration normale, mais parfois elle prend une teinte rouge violacée, et l'on peut remarquer l'existence d'une circulation veineuse collatérale. Parfois même, la peau est ulcérée et adhérente à la tumeur.

A la *palpation*, nous trouvons une tumeur nettement délimitée, de consistance variable. Elle peut être indurée, ferme, rénitente et même fluctuante. Sa mobilité sur le plan osseux est facilement recherchée.

L'évolution de la tumeur paraît précipitée par les interventions locales faites à son niveau. Une biopsie, un curetage, une ponction, une énucléation, entraîne fatalement la récurrence sur place, la métastase ou la généralisation.

L'adénopathie ganglionnaire ne se manifeste que dans la période des récidives ou la période terminale.

D'une manière à peu près constante, l'état général demeure bon pendant très longtemps.

L'examen radiologique de la tumeur montre une ombre uniforme, indépendante du squelette.

IV. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Au point de vue diagnostic microscopique, il reste encore difficile, à l'heure actuelle, de se prononcer d'une façon affirmative. En 1911, Lecène et Mondor disaient : « Vouloir chercher dans la structure histologique de la tumeur un critérium pour juger de sa malignité, serait absolument illusoire dans nombre de cas. Il est inutile d'insister davantage sur ce fait admis aujourd'hui par tous ceux qui ont quelque compétence en histologie pathologique des tumeurs ».

De son côté, en 1926, faisant allusion à la thèse de E. Pollosson, le Professeur Tixier déclarait à la Société de Chirurgie de Lyon : « Les conclusions auxquelles nous a conduit l'analyse de nombreuses observations suivies pendant de longues années me semblent dignes d'attirer votre attention. Du long chapitre qu'il a consacré à l'histologie de ces tumeurs des parties molles, on doit retenir cette affirmation que les multiples appellations sous lesquelles les chirurgiens ont décrit ces tumeurs : myxo-sarcomes, liposarcomes, mixomes diffus, etc., n'ont aucune valeur, ni du point de vue anatomie pathologique, ni du point de vue clinique. Aussi il propose, comme le Professeur Lecène, d'englober tous ces types sous le nom de « *conjunctivomes* ».

Macroscopiquement. — La tumeur apparaît développée dans l'épaisseur du corps musculaire. Elle présente la particularité d'être pourvue d'une « capsule limitante ». Prise longtemps pour une membrane limitante, cette capsule a très bien été étudiée par Durante : « Ce n'est pas une membrane limitante, mais une zone d'invasion, et la tumeur, macroscopiquement limitée, est microscopiquement infiltrante ».

La tumeur est très vascularisée et présente des laés sanguins s'ouvrant à même le tissu.

Microscopiquement. — Nous trouvons des zones sarco-

mateuses à cellules rondes, fusiformes, étoilées, à noyaux énormes et bourgeonnants. Les vaisseaux y sont nombreux et petits; la plupart d'entre eux sont des boutonnières ouvertes à même le tissu.

D'après Durante, les coupes microscopiques passant par la soi-disant capsule montrent l'infiltration souvent lointaine et profonde des fibres musculaires, en apparence normales, par du tissu néoplastique.

V. — DIAGNOSTIC.

Le diagnostic de sarcome intramusculaire est généralement malaisé à porter. Il semble que l'on ait englobé sous le nom de « conjonctivome » des tumeurs dissemblables. Il est évident qu'il existe différents degrés de malignité entre ces « conjonctivomes » évoluant en cinq, dix et même seize ans (comme celui de la leçon clinique de M. le Professeur Guyot, en 1936) et le sarcome musculaire vrai, tuant le malade en trois ou quatre ans. Il est alors essentiellement malin et métastasiant.

Il nous faut, tout d'abord, porter un diagnostic de siège.

La tumeur est-elle ou n'est-elle pas musculaire ? Pour ce faire, il nous faut employer les manœuvres que Bérard et Denonvilliers ont si bien précisées : « On reconnaît qu'une tumeur est liée à un muscle par les variations de mobilité et d'immobilité qu'elle présente, selon que les fibres charnues qui l'emprisonnent sont dans le relâchement ou dans l'état de contraction qui les rend tout à fait fixes et rigides. On peut même s'assurer que la tumeur n'est pas adhérente au muscle, mais qu'elle se trouve placée dans son épaisseur, lorsque sa surface, facile à explorer dans l'état de repos, disparaît tout à fait et semble se cacher derrière les bandes résistantes du muscle en contraction. »

Ce diagnostic ferme de tumeur musculaire étant porté, il reste toute une série d'affections à écarter.

Si, entre trente et cinquante ans, apparaît une tumeur

à accroissement continu, plus ou moins rapide, si cette tumeur est unique, indolente, si l'état général est conservé, si la radiographie montre son indépendance avec le squelette, le diagnostic de sarcome musculaire s'impose presque.

Mais des erreurs sont à éviter :

1° Lorsque la tumeur est petite; le diagnostic devra se faire avec :

a) Les accidents mécaniques : *hernie et rupture musculaire*. Mais les circonstances de production, la douleur et les variations de volume et de consistance, suivant la contraction ou le repos du muscle, prêtent peu à confusion.

b) Les petites tumeurs liquides :

Le kyste hydatique : « Toutes les fois, dit Nélaton, que nous sommes devant une tumeur qui se développe dans le corps d'un muscle, il y a des chances pour que ce soit un kyste hydatique. » Mais alors il y aura fluctuation et frémissement. L'examen de laboratoire montrera une éosinophilie marquée et une réaction de Weinberg positive.

L'hématome récent : Circonstances de production, douleurs, ecchymoses, tuméfaction pâteuse feront le diagnostic.

Les abcès : Les collections suppurées arthrifluentes et ossifluentes prêtent à confusion. Un examen général du malade nous renseignera sur l'existence d'une tuberculose latente. Un examen du squelette, et des radios de colonne vertébrale, du bassin, de la hanche, du fémur, sont indispensables.

Les gommes syphilitiques céderont au traitement d'épreuve.

2° Lorsque la tumeur est volumineuse, le diagnostic devra se faire avec :

L'Ostéosarcome : La mobilité des muscles au-dessus de la tumeur fixe, les douleurs térébrantes profondes et surtout la radio fixeront le diagnostic.

Dans les cas douteux, la biopsie nous paraît être, de beaucoup, le moyen le plus sûr et le plus rapide pour poser le diagnostic. Mais elle est dangereuse et a bien souvent donné un coup de fouet au néoplasme.

De plus, elle ne semble pas pouvoir toujours donner une certitude et devoir entraîner la nécessité d'une amputation d'emblée.

« Au point de vue microscopique, on doit retenir combien il reste encore difficile, à l'heure actuelle, de se prononcer d'une façon affirmative sur un diagnostic et, à plus forte raison, sur un pronostic... On lui demande (à l'histologiste) de dicter, sur l'examen d'une parcelle de tumeur, un pronostic d'où dépendra la thérapeutique radicale ou conservatrice....

L'histologiste ne peut en rien affirmer, devant une préparation. S'il lui est permis, parfois, de donner son opinion sur la plus ou moins grande malignité, il aura joué son rôle. » (E. Polosson).

VI. — TRAITEMENT

La thérapeutique du sarcome musculaire primitif se soumet aux imprécisions du pronostic. Les divers traitements préconisés ont donné lieu à bon nombre de discussions.

I. *Traitement médical.* — L'emploi du vaccin de Coley (de New-York) n'a donné aucun résultat digne d'intérêt. Ce vaccin est composé d'un mélange de toxines de l'érysipèle et du bacillus prodigiosus. Dans une observation citée plus loin (Observation IV) nous avons pu relever l'emploi de ce vaccin, qui n'empêcha pas la métastase d'évoluer et le malade de succomber.

II. *Radiothérapie.* — L'irradiation primitive des sarcomes musculaires a donné lieu à des mécomptes inattendus. Dans la discussion ouverte à ce sujet à la Société de Chirurgie de Lyon, en Avril 1926, il est rapporté une obser-

vation dans laquelle la radiothérapie primitive entraîna la généralisation de la tumeur en l'espace de deux mois. C'est ce qui fait dire à Bérard : « Il n'est pas question de recourir d'emblée à la radiothérapie, mais de compléter par la radio une exérèse qui a pu être suffisante. Autant le danger des métastases rapides est massif et me paraît réel, après l'irradiation d'emblée de ces grosses tumeurs, dont tous les éléments ne sont pas pénétrés par les rayons, autant je suis persuadé de l'efficacité de la radiothérapie post-opératoire immédiate sur les quelques éléments cellulaires résiduels, épargnés par le bistouri, à la périphérie des masses extirpées ».

Quelques chirurgiens ont préconisé la radiothérapie au cours de l'opération, mais le seul traitement raisonnable est l'intervention chirurgicale.

III. *Traitement chirurgical.* — Le chirurgien a le choix entre trois opérations :

- a) Enucléation.
- b) Exérèse large.
- c) Amputation d'emblée ou désarticulation.

De ces trois méthodes, la première est abandonnée. Les deux dernières conservent chacune leurs partisans.

a) *L'enucléation.* — Avant les travaux histologiques de Durante, prouvant que la sorte de capsule, d'aspect fibroïde, paraissant limiter la tumeur (celle-ci jugée à tort peu maligne) est en réalité une zone d'envahissement, l'enucléation intramusculaire a été pratiquée. La repullulation *in situ* de la tumeur venait bien vite enlever au chirurgien ses illusions.

Dans le tableau des dix-neuf observations recueillies dans la thèse de Florisson, on relève trois énucléations. Elles furent suivies, soit de récidives sur place, soit de métastases et dans deux cas elles entraînèrent l'amputation.

b) *L'exérèse large.* — Elle fut proposée en 1863 par

Teevan. En 1911, dans le *Journal de Chirurgie*, Lecène et Mondor montrent que l'on peut avec des chances de succès éloignées, enlever ces tumeurs sans sacrifier d'emblée le membre et ils préconisent « la myectomie large ».

Il est remarquable que le sarcome respecte assez longtemps les limites du muscle ou du groupe musculaire : d'où une ablation totale du muscle ou du groupe musculaire, au ras des insertions charnues et du tendon, sera souvent suffisante pour enlever la totalité du néoplasme.

Nous emprunterons à Lecène et Mondor la technique de l'opération.

« La technique proprement dite de l'opération est simple, si l'opérateur veut bien s'en tenir aux deux règles fondamentales suivantes :

1° Se donner tout le jour nécessaire pour mettre largement à nu la région musculaire néoplasique.

2° Ne pas craindre d'enlever très largement, et anatomiquement, le muscle ou le groupe musculaire atteint, en coupant systématiquement en partie saine, sans se préoccuper des troubles fonctionnels que l'on pourrait redouter dans l'avenir. Si inutile que soit le membre, il sera toujours plus utile qu'un moignon d'amputation, et d'ailleurs, on peut faire, en pratique, largement crédit aux suppléances fonctionnelles réalisées plus tard par les muscles voisins.

L'incision sera donc volontairement très large, comme pour une dissection anatomique à l'amphithéâtre. Le muscle ou le groupe musculaire malade sera isolé de tous côtés, en coupant en partie saine, suivant qu'il y aura ou qu'il n'y aura pas d'adhérences. L'opérateur se mettra ensuite en devoir de couper, au ras de ses insertions, le muscle ou le groupe de muscles malades et il ne s'arrêtera que lorsqu'il aura conscience d'avoir, de tous côtés, dépassé largement les limites du mal. Dans les cas plus favorables (et ils le deviendraient d'autant plus que l'on s'attaquera à des sarcomes plus au début) on pourra réaliser, sans délabrement aucun et vraiment avec grande aisance, une véritable

myectomie typique : résection totale du muscle jambier antérieur, du muscle triceps brachial, du couturier. Dans d'autres cas, moins favorables, on sera obligé de couper un peu des fibres musculaires des groupes voisins, et l'opération ne sera plus aussi typique tout en restant très rationnelle. Le seul obstacle sérieux que l'on puisse rencontrer au cours de ces opérations, ce sont les infiltrations, cliniquement non reconnues (ce qui est toujours possible) du sarcome aux gaines vasculaires ou nerveuses. Dans ces cas défavorables, si le sacrifice d'un gros tronc nerveux ou du paquet vasculo-nerveux principal paraît s'imposer, il vaudra mieux renoncer le plus souvent à la myectomie et recourir alors à la désarticulation immédiate ou retardée de quelques jours, au cas où le malade n'aurait point été prévenu. Mais, en ayant soin de choisir pour pratiquer la myectomie les seuls cas qui la comportent réellement, c'est-à-dire les sarcomes musculaires encore bien limités et relativement mobiles, ces complications imprévues doivent rester la grande exception ».

c) L'amputation d'emblée ou la désarticulation. — Le précepte d'Ollier, qui voulait que la chirurgie qui conserve le moins soit celle qui conserve le mieux, a trouvé bon nombre d'adeptes.

D'autre part, si l'on se base sur le fait : « Qu'un conjonctivome des membres non traité ne donne pas de métastases », et qu'au contraire celles-ci sont favorisées par une intervention, on est amené devant une tumeur maligne à rejeter toute thérapeutique locale, et à provoquer l'amputation d'emblée ou la désarticulation. En 1900, à la suite d'énucléations désastreuses Quénu disait : « Rien n'est plus grave que les tumeurs malignes intra-musculaires, et il ne faut pas hésiter à sacrifier le membre ».

Dans la discussion à la Société Chirurgicale de Lyon, en 1926, Tixier disait : « L'amputation ne mérite d'être discutée que lorsqu'elle ne peut être exécutée en tissus sains ».

L'amputation sera pratiquée le plus loin possible du néoplasme, une hémostase soignée devant être réalisée.

La désarticulation. — C'est une opération que les chirurgiens pratiquent exceptionnellement. Elle comporte une mortalité très élevée due, soit au choc opératoire, soit à la perte de sang. Pour réduire celle-ci on a préconisé la ligature de l'iliaque primitive, comme un premier temps de la désarticulation. Ce procédé d'hémostase nécessite la laparotomie, avant la désarticulation. C'est donc pour les malades une aggravation du pronostic.

Dans une leçon clinique faite en 1936 dans son Service de l'Hôpital Saint-André de Bordeaux, M. le Professeur Guyot indique que la ligature systématique de l'iliaque primitive n'est pas toujours indispensable. Il rapporte une observation où il fit la ligature de l'iliaque externe et des pédicules vasculaires, suivant la technique étudiée dans la *Revue de Chirurgie* de 1931 par MM. Huart et Montagné : « Dans un premier temps, on incise la paroi abdominale et la base du triangle de Scarpa, par une incision verticale, suivant le trajet des vaisseaux. On découvre facilement l'artère iliaque externe qui est liée au-dessus de la naissance de l'artère épigastrique; section entre deux ligatures de l'artère et de la veine. Après la ligature des vaisseaux, on trace l'incision de la peau et on pratique les sections musculaires internes et externes, avec dénudation du fémur; au fur et à mesure on lie les pédicules vasculaires. La désarticulation est faite facilement et sans que le malade ait perdu une quantité notable de sang. Après ligatures multiples, on suture les lambeaux en laissant un drain dans la cavité cotyloïde ».

D'autre part, la ligature de l'iliaque primitive n'est pas sans dangers au point de vue de la vascularisation des muscles du moignon, et C. I. Ghitzesco rapporte une observation de ligature d'artère hypogastrique, suivie de sphacèle de tous les muscles du moignon.

VII. — SUITES OPÉRATOIRES

La question des survies et des résultats éloignés, après une opération de sarcome musculaire, garde, ici, toute son importance. Lecène disait : « Inutile, croyons-nous, puisque nous nous adressons à des chirurgiens, d'insister sur la signification toute relative, que nous attribuons ici, au mot *guéri*. Qui aurait donc la prétention de guérir radicalement une tumeur maligne ? Les récidives tardives, les métastases longtemps latentes qui se réveillent un jour, sous une influence que nous ignorons, sont d'observation trop courantes, hélas ! pour ceux qui veulent réellement voir et observer impartialement les faits, pour que l'on puisse jamais parler de la guérison radicale, absolue, d'un néoplasme malin. »

Ainsi donc, après l'opération, nous aurons deux sortes de manifestations : la récidive locale et la métastase.

Récidive. — Elle est la règle. Les tumeurs de récidive, distendent la peau au niveau de la cicatrice primitive, qui peut s'effondrer. La tumeur est alors adhérente à la cicatrice. Elle peut être parfois très volumineuse et envahir le muscle. Elle se présente sous forme de lobes arrondis.

Métastase. — Elles sont rares, mais existent cependant. Nous trouvons des observations de métastase pulmonaire, pour un sarcome du membre inférieur. Nous rapportons en outre deux observations de métastases dans le squelette : l'une au niveau des vertèbres, l'autre au niveau de la hanche opposée à la tumeur. Il semble que toutes les opérations favorisent ces métastases et Polosson affirme, dans sa thèse, qu'elles n'existent pas pour toute tumeur dont l'évolution est restée à l'abri de toute thérapeutique sanglante.

A chaque récidive *in situ*, la tumeur prend un caractère de plus grande malignité, par la tendance qu'elle a à perdre ses caractères de tumeur encapsulée.

D'une façon générale, plus les opérations sont fréquentes,

moins long est l'intervalle entre chaque opération. Alors qu'après la première intervention, la guérison apparente peut durer trois, quatre, sept et même huit ans, c'est seulement au bout de quelques mois que la récurrence sur place se produit à mesure que les opérations se multiplient. « D'une manière générale, depuis l'apparition de la tumeur jusqu'à la mort, le drame se joue en six, huit, dix ans et plus. On a l'impression que la malignité de la tumeur augmente avec le temps. » (Tavernier).

Au point de vue fonctionnel, après myomectomie large, on est surpris qu'une telle perte de muscle laisse une agilité et une force suffisante pour le bon fonctionnement du membre.

Tous les myomectomisés se servent de leur membre opéré avec presque autant de facilité qu'ils le font du membre sain.

DEUXIÈME PARTIE

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite).

(Observation de M. le Professeur F. PAPIN).

M^{me} Marie O..., quarante-quatre ans, sans profession, habitant Caudéran.

Entre le 10 novembre 1937, sur les conseils de M. le Docteur Clavé, parce qu'elle a une volumineuse tumeur de la face antéro-externe de la cuisse.

L'histoire de cette affection remonte au mois de mai. A ce moment-là, la malade s'aperçoit qu'elle a une petite tumeur de la grosseur d'une fève, immédiatement sous la peau, sans que celle-ci soit modifiée.

Elle vient à l'Hôpital consulter M. le Professeur Bégouin qui lui conseille l'opération. Elle refuse.

Par la suite, la tumeur a progressivement augmenté de volume. Cette évolution se produit sans souffrance. La malade n'a remarqué aucun symptôme anormal.

Antécédents : rien à signaler.

A l'examen, la malade présente une tumeur du volume d'une grosse orange, très légèrement bosselée, située à la face antéro-externe de la partie supérieure de la cuisse droite. La peau est légèrement violacée par place, avec de légères varicosités.

On palpe une tumeur indolore, ramolie par endroits, placée immédiatement sous la peau. Cette tumeur se confond avec les muscles de la cuisse, dans la profondeur. La mobilité est

atténuée. La tumeur semble adhérente aux muscles. La peau glisse sur elle. Pas de ganglions.

L'examen des divers appareils, vasculaire, pulmonaire, nerveux, osseux, est négatif.

L'état général est excellent. On porte alors le diagnostic de sarcome musculaire.

Opération (Professeur F. Papin). — Sous anesthésie à l'éther. On fait une longue incision qui part de l'épine iliaque antéro-supérieure et qui descend à un travers de main au-dessus du bord externe de la rotule. L'incision permet d'enlever, avec la tumeur, toute la zone cutanée qui la recouvre.

On trouve sur le bord antéro-interne de la tumeur l'espace clivable entre le droit antérieur et le tenseur du fascia lata. Il apparaît alors avec évidence que la tumeur est développée dans le tenseur du fascia lata, et à la face profonde de ce muscle transparaît la couleur bleue noirâtre que l'on devinait déjà à travers la peau. On fait une exérèse à peu près totale du tenseur et de son aponévrose. Il reste une large brèche aponévrotique qui est difficilement réparée.

Suites. — Cicatrisation rapide.

Anatomie pathologique. — La tumeur ouverte apparaît alvéolaire, formée d'une quantité de cavités dont les unes ont une coloration jaunâtre, d'autres noirâtre. Au pôle supérieur de la tumeur, la masse est gélatineuse, tremblotante, d'aspect myxomateux.

Microscopiquement. — Il s'agit d'un rhabdomyo-sarcome caractérisé par la présence de cellules multinucléées à cytoplasme acidophile. La recherche des myofibrilles a été négative.

La malade a quitté l'hôpital le 12 décembre, guérie.

N. B. — *La malade a été revue en Mars 1938 en très bon état.*

OBSERVATION II (Inédite).

(Observation de M. le Professeur F. PAPIN).

Jean R..., soixante-cinq ans, cultivateur.

Ce malade entre à l'hôpital, envoyé par son médecin, le Docteur Gateau, aux fins d'examen.

Le début de la maladie remonte à six ans; le malade présentait dès cette époque une induration et une tumeur grosse comme un œuf de pigeon sur la face externe de la jambe droite, au tiers inférieur.

Cette tumeur resta sans évoluer, mais il y a quatre mois (octobre 1937), sur la face interne de la jambe droite, au même niveau, apparut une tuméfaction qui grossit continuellement et arriva du volume d'un gros poing. Cette tumeur s'accompagnait de légères douleurs passagères, alors qu'actuellement le malade souffre beaucoup de sa jambe.

Rien à signaler dans ses antécédents personnels et familiaux.

Examen. — Le malade présente donc une tuméfaction située sur le tiers inférieur de la jambe droite dont elle occupe les faces antéro-externe et interne. La peau qui la recouvre est légèrement enflammée et au palper on sent une élévation de la température locale assez nette.

La tumeur naît du bas brusquement et forme avec la plante du pied une dépression accusée; vers le haut, elle se prolonge indistinctement avec le reste de la jambe par une région œdématisée, où le doigt enfoncé laisse un godet. D'autre part, elle engaine la jambe, sans être très développée en hauteur.

La tumeur n'est pas dure. Sa consistance n'est pas homogène. Par endroits elle est fluctuante, ailleurs et en particulier dans la région où le malade a présenté la première tuméfaction, elle est plus ferme ainsi que le pôle interne de la grosse tumeur. Elle ne semble pas être constituée de tissu osseux.

La palpation n'est pas douloureuse. Cependant le malade accuse des douleurs spontanées à maximum le soir et qui l'empêchent de dormir jusque vers minuit.

Ganglions : pas de ganglions dans le creux poplité. Dans l'aîne, on trouve deux petits ganglions.

Examen général. — Appareil pulmonaire : rien à signaler. Appareil circulatoire : souffle qui remonte vers l'aisselle. Le foie déborde les fausses côtes.

La rate n'est pas perceptible.

B. W. négatif.

La biopsie indique que l'on se trouve en présence d'un rhabdomyo-sarcome.

Opération. — Opéré le 1^{er} février 1938 (D^r Barroux) sous rachie-anesthésie. On pratique l'amputation de Gritti.

Guérison sans incident. Le malade quitte le service en très bon état local et général.

OBSERVATION III

(Observation de M. le Professeur F. PAPIN, *Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales* du 23 décembre 1928).

Gabriel B..., quarante-deux ans, est vu le 12 juin 1928 pour une tumeur du volume du poing, faisant saillie sur la face antérieure de l'avant-bras gauche. Depuis un an et demi, il éprouvait quelques douleurs vagues dans cette région. Il y a six mois la tumeur a commencé à apparaître et à grossir rapidement. La tumeur, assez volumineuse est recouverte par une peau mobile, sous laquelle transparaît une légère circulation collatérale. Elle occupe à peu près toute la moitié supérieure de l'avant-bras, mais semble mobile sur le squelette. Pas de gêne des mouvements. Pas d'adénopathie axillaire. Le malade aurait un peu maigri depuis quatre ou cinq mois. La température oscille entre 37°2 et 37°4. La consistance de la masse est ferme, mais pas très dure. Pas d'antécédents bacillaire ni spécifique; réaction de Wassermann négative.

Je porte le diagnostic de sarcome musculaire probable.

Opération le 18 juin 1928. Sous anesthésie générale, longue incision sur la partie interne de la face antérieure de l'avant-bras. On commence par repérer le nerf cubital et l'isoler de la tumeur. Celle-ci siège dans le corps musculaire des fléchisseurs superficiels avec lesquels elle se confond. On ne cherche pas à la disséquer. Les fléchisseurs superficiels sont sectionnés très haut, près de leurs insertions supérieures, et on les décolle des fléchisseurs profonds pour les sectionner à peu près à l'union des fibres musculaires et tendineuses. Mais le nerf médian est pris dans la partie inférieure de la tumeur, et on se rend compte que sa dissection entraînerait en plein néoplasme. On resèque donc avec la tumeur le segment empri-

sonné, et on termine par une suture nerveuse immédiate et complète.

Guérison opératoire *per priman*.

Le malade est envoyé, dès cicatrisation, à la radiothérapie (M. le Professeur Réchou) et subit dix séances de radiothérapie pénétrante, de juillet à septembre.

En octobre, il commence à ressentir de vagues douleurs dans la région du coude, et en novembre apparaît une petite induration qui a grossi progressivement.

Actuellement il existe une petite tumeur, du volume d'une noix, située à la partie toute supérieure du bord interne de l'avant-bras, assez profonde mais mobile. Pas de perte de force, ni amaigrissement, ni fièvre; pas d'adénopathies.

L'examen histologique de la tumeur enlevée il y a six mois avait montré qu'il s'agissait d'un sarcome à cellules polymorphes, avec lacs sanguins (Sabrazès).

Au point de vue des séquelles musculaires et nerveuses, l'état actuel est le suivant : le malade fléchit très bien le médius, l'annulaire et l'auriculaire. Ces trois doigts forment pince avec le pouce. L'index reste immobile en extension et ne peut être fléchi. Le pouce a une flexion très limitée mais possède ses mouvements d'adduction et d'abduction qui permettent de l'opposer aux doigts. Atrophie nette de l'éminence thénar. L'écartement des doigts se fait normalement. La sensibilité est normale pour l'auriculaire, l'annulaire et la moitié interne du médius; l'anesthésie est absolue pour les dernières phalanges du médius (moitié externe), de l'index et du pouce (face palmaire); elle est partielle vers la racine de ces doigts. Ces différents troubles ne gênent pas beaucoup l'opéré et il ne souffre nullement. Il est à noter qu'il éprouve des fourmillements nets dans les doigts et que les délais de régénération du nerf ne sont pas écoulés.

N. B. — Depuis que cette observation a été publiée, le malade a été revu par M. le Professeur Papin avec une nouvelle récidive et une métastase pulmonaire à laquelle il a succombé.

OBSERVATION IV

(Observation de M. le Professeur F. PAPIN, *Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales* du 23 décembre 1928).

Il s'agit d'un jeune Espagnol de vingt ans, Manuel B..., vu en aout 1925. Depuis un an, a commencé à se développer à la face interne de la cuisse droite, une tumeur, indolente au début, qui a grossi avec rapidité. Divers traitements restés sans influence et successivement essayés, ont laissé cette tumeur acquérir le volume d'une tête d'adulte, qu'elle a maintenant. Le malade a dépéri et souffre, et sa famille se rend compte comme lui de la gravité de la situation.

L'état général frappe au premier examen : ce jeune homme est maigre et surtout très pâle, avec une pression artérielle fort basse. La tumeur, du volume d'une tête d'adulte, située dans la région antéro-interne de la cuisse droite, arrive en dehors au contact du fémur, mais se mobilise sur lui et apparaît nettement de siège musculo-aponévrotique. Elle soulève la région des vaisseaux fémoraux qui sont, à son contact intime, peut être englobés par elle. Par ailleurs, on ne trouve aucune contre-indication opératoire; pas d'adénopathie, pas de signe de métastases pulmonaire, hépatique où autres.

Le malade entre à la Maison de santé Pasteur où je l'opère le 24 août 1925.

Opération. — L'incision opératoire, complétée par deux débridements transversaux, découvre d'abord les vaisseaux fémoraux, qui sont repérés en vue d'une hémostase en amont, pour permettre leur dissection. Celle-ci fera connaître qu'ils sont parfaitement isolables de la tumeur et ils sont libérés de bout en bout. Cela fait, on procède à l'extirpation de la tumeur, non en la suivant, mais en sectionnant très à distance et près de leurs insertions osseuses, les muscles qui viennent s'y perdre; c'est ainsi que le moyen adducteur est sectionné en haut, non loin de la branche ischio-pubienne, et en bas tout près du condyle interne. En arrière, la tumeur arrive au contact de la ligne âpre du fémur et le nerf sciatique doit être reconnu; on libère les dernières attaches entre la tumeur et la ligne âpre,

celle-ci semblant néanmoins ne pas être le point de départ du néoplasme.

Suites. — Choc opératoire assez marqué. Etat assez sérieux pendant cinq à six jours; puis l'opéré se remit très vite et la guérison de la plaie se poursuivit sans autre incident, qu'une désunion partielle à l'angle d'un lambeau qui nécessita une retouche sous anesthésie locale. L'état général se transforma vite, le teint pâle et terreux redevint rose, et le malade, à sa sortie, était presque méconnaissable.

Examen de la pièce. — La tumeur présentait à la coupe l'aspect d'un sarcome assez dur, à tissu blanchâtre, avec des zones parfois étendues de ramollissement. Les muscles ont été sectionnés très loin de la sorte de capsule qui semble limiter la tumeur.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un sarcome fusocellulaire, caractérisé par des éléments fusiformes d'origine mésodermique, étroitement tassés les uns contre les autres, orientés parallèlement à leur axe et formant des faisceaux à directions variées. Les noyaux sont souvent énormes, monstrueux, bourgeonnants, traduisant par leur morphologie, le caractère indiscutablement malin de la tumeur.

De vastes territoires monochromes sont constitués par une substance d'aspect fibrinoïde, à noyaux poussiéreux et picnotiques; ils correspondent à des zones nécrobiotiques.

Lorsque je présentai ce jeune homme à la Société de Médecine et de Chirurgie, en Décembre 1926, il y avait seize mois qu'il était opéré. Pendant plus d'un an son état était resté parfait; la transformation de l'état général ne s'est pas démentie et ce jeune homme a mené une vie très active. Puis il s'est mis à souffrir de la hanche gauche, c'est-à-dire, du côté opposé à l'opération. La radiographie faite par M. le Professeur Réchou, montre alors dans la région sous-trochantérienne du fémur gauche, une tache très nette où le tissu osseux est détruit; cette lacune de forme vaguement ovalaire, arrive presque au contact de la corticale osseuse, et il y a, à ce niveau une légère, mais nette réaction périostée. L'ensemble donnait bien des caractères d'une métastase maligne dans le fémur gauche, c'est-à-dire du côté opposé.

Et voici maintenant la fin de l'histoire.

Je mis le père au courant de la gravité de la situation et lui fis remarquer qu'il n'y avait que deux solutions : ou bien une désarticulation de la hanche, que je n'osais pas lui conseiller absolument, étant donné qu'il s'agissait déjà d'une métastase, ou bien un traitement radiothérapique. Et je lui conseillais de prendre plusieurs avis.

A Paris où il consulta, il vit en particulier M. Béclère et M. Regaud. Tous deux, après avoir fait faire une série de radiographies de tout le squelette et des poumons (radios négatives), furent d'avis d'instituer un traitement par la radiothérapie pénétrante, de façon intensive. Ce qui fut fait. Cela n'empêcha pas la métastase osseuse d'évoluer, et de produire au bout de quelques mois une fracture spontanée du fémur gauche. C'est en cet état que je le revis. Divers traitements biologiques institués, y compris les vaccins de Colèy, ne semblèrent point influencer la maladie, et ce jeune homme succomba à des accidents pulmonaires en fin 1927.

OBSERVATION V

(Observation de M. le Professeur GUYOT, Leçons cliniques de 1936).

L. F..., soixante-six ans, cultivatrice, habitant Hourtin (Gironde), entre le 13 juillet 1935 à la Clinique Chirurgicale de l'Hôpital Saint-André.

Elle est adressée par son médecin, le Docteur Lemée, pour une volumineuse tumeur de la cuisse gauche.

Rien à signaler comme antécédents héréditaires ou personnels. Cette femme a toujours joui d'une excellente santé; elle n'a jamais eu de traumatisme dans la région malade. Depuis un an et demi cette malade a constaté l'existence d'une tumeur du volume d'une mandarine, siégeant sur la face interne de la cuisse gauche. Cette tumeur était et est restée indolore, gênant simplement la malade au fur et à mesure qu'elle se développait. Depuis trois mois, accroissement très notable de la tumeur et apparition de douleurs à type névralgique dans le territoire du nerf sciatique poplitée externe. Le médecin consulté adresse le malade à l'Hôpital Saint-André.

Examen le 3 juillet 1935 : Malade amaigrie, présentant des conjonctives décolorées; pas de température.

Du côté du membre inférieur gauche on note une déformation considérable, avec attitude vicieuse du membre, la cuisse en flexion et en abduction, reposant sur le plan du lit par sa face externe. La face interne de la cuisse gauche est soulevée par une volumineuse tumeur, de la grosseur de la tête d'un adulte, tumeur descendant de deux travers de doigt de la région pubienne à six centimètres du condyle interne du fémur. On note une circulation veineuse sous-cutanée importante avec distension de la peau. On note le tendon du grand adducteur qui est tendu; à jour frisant on aperçoit les battements de l'artère fémorale qui semble soulevée.

A la palpation, tumeur dure, rénitente, élastique; plus dure à la partie centrale, qu'à la périphérie. La main glissée sous la tumeur, la soulève et la mobilise, la tumeur est lourde, mais indépendante du fémur. L'articulation de la hanche est libre.

La tension artérielle maxima est légèrement diminuée du côté gauche.

La radio montre l'intégrité du fémur.

La malade est très soigneusement examinée au point de vue de son état général : rien aux poumons, colonne vertébrale normale, réflexes normaux; foie non augmenté de volume; ventre souple, sans ascite. Le B. W. est négatif.

Une biopsie de la tumeur confirme le diagnostic de sarcome à origine probablement aponévrotique.

En l'absence de toute généralisation cliniquement apparente, on décide la désarticulation de la hanche que l'on fait accepter à la malade.

Opération le 19 juillet. On pratique l'incision de Soupart à grand lambeau externe avec incision elliptique coudée (La technique de l'opération a été décrite d'autre part).

Opération sans incident. Le facies de la malade est bon, le pouls bien frappé. Les suites opératoires ont été tout à fait normales. Le drain est enlevé le cinquième jour et les points cutanés le dixième.

Examen de la pièce. — Il s'agit d'une tumeur très vasculaire. L'examen anatomique du Docteur Nadal a montré : « Qu'il s'agit d'une tumeur d'une rigoureuse uniformité : elle

est constituée de cellules fusiformes petites et courtes, groupées en faisceaux denses, tourbillonnants. Les vaisseaux sont extrêmement nombreux, petits, et la plupart sont ouverts à même le tissu. Il n'est pas possible de préciser l'origine histogénique du néoplasme : il semble cependant que la tumeur soit d'origine aponévrotique ».

Le 3 octobre, la malade a sa plaie complètement cicatrisée, mais elle a encore maigri, et en l'examinant, on trouve, au niveau de la colonne vertébrale, à la hauteur de la troisième lombaire, une masse sous-cutanée du volume du poing, indolore, indépendante de la peau, de consistance analogue à celle de la tumeur et fixée profondément, qui n'est autre qu'une métastase en voie de développement.

OBSERVATION VI

(Observation de M. le Professeur JEANNENEY. *Journal de Médecine* du 10 mai 1929).

M^{me} G..., quatre-vingt trois ans.

En parfaite santé habituelle, sans enfant, a vu apparaître, il y a dix-huit mois, une grosseur au niveau de la face interne de la cuisse droite, tiers moyen; la tumeur a grossi progressivement; elle a, à l'heure actuelle, le volume d'une tête fœtale à terme, ronde, de consistance ferme, mobile sur les plans profonds et sur la peau, qui présente une riche vascularisation. Aucune contre-indication générale à l'intervention.

Celle-ci est pratiquée sous rachie-anesthésie, avec six centigrammes de scurocaïne. L'anesthésie n'étant pas absolue, on a dû donner, au début, quelques gouttes de Kélène.

Section du droit antérieur et du vaste interne, à plusieurs centimètres de la tumeur, mais on doit se contenter d'énucléer celle-ci au voisinage des vaisseaux et du périoste. Cette énucléation se fait par clivage au thermo-cauthère.

La tumeur enlevée pèse 565 grammes. Elle est de consistance ferme et, à la coupe, se présente comme formée de plusieurs masses de coloration rose vif.

L'examen histologique pratiqué par M. le Professeur Sabrazès montre qu'il s'agit d'une tumeur née dans le muscle même, d'un rhabdomyo-sarcome. Les colorations à l'hématoxyline, alun de fer, permettent de bien définir les cellules et de reconnaître exceptionnellement des ébauches de myofibrilles dans le cytoplasme.

La question se pose de savoir si, étant donnée cette exérèse, il n'y aurait pas intérêt à la faire compléter par une radiothérapie prudente portant sur le champ opératoire et dans le voisinage immédiat. C'est ce que nous nous proposons de faire ici.

N. B. — Les renseignements pris par nous à Arcachon auprès de M. le Docteur Duplanté, médecin traitant, nous ont appris que la malade a quitté Arcachon après son opération, et qu'elle a succombé peu de temps après.

OBSERVATION VII

(Observation de M. le Professeur BÉGOUIN, Hôpital Saint-André):

M. J. D..., soixante-dix ans, entre à l'hôpital le 9 juin 1925, pour une tumeur des adducteurs de la cuisse droite. Le début remonte à cinq mois environ, par une petite grosseur sur la face interne de la cuisse, à sa partie supérieure, près du pli inguino-scrotal. Il n'y a pas de douleur. Cette tumeur augmente de volume jusqu'à celui d'un œuf, puis, en trois semaines, elle grossit du double jusqu'au volume actuel. Celle tumeur gêne le malade pour marcher. Depuis quelques jours, il a de la difficulté pour uriner et pour aller à selle.

L'état général est bon.

Examen. — La tumeur est grosse comme un gros poing et située dans les adducteurs. Il n'y a pas d'adhérence au pubis. Elle est immobilisée par contraction musculaire.

Diagnostic. — Ostéome ou sarcome; mais, en raison du développement rapide et de la consistance, plutôt « sarcome ».

Anatomie pathologique. — L'examen microscopique, après l'opération, montre une masse du volume d'un œuf d'autruche

avec l'aspect d'un fibrome et un liquide filant dans des géodes. Fibro-sarcome probable.

Opération. — Le 16 juin 1925. Pratiquée par M. le Professeur Bégouin, après rachie-anesthésie et injection de caféine. Par une incision en T, à la branche transversale, suivant la branche ischio-pubienne, on met à nu le moyen adducteur qui recouvre la tumeur et on pratique l'extirpation péricapsulaire, sectionnant les adducteurs; elle est incisée sur le périoste de la branche ischio-pubienne. Il n'y a pas d'écoulement de sang. On ferme la peau, les muscles ne pouvant être accolés, et on place un gros drain de caoutchouc.

Les suites sont simples. La cicatrisation des points se fait par première intention. Le drain, qui donnait beaucoup le premier jour, se tarit rapidement et on l'enlève le sixième jour.

Exéat le 9 juillet. Guérison opératoire.

N. B. — *La recherche de ce malade nous a conduit à Gradianan où il a succombé. Nous y avons appris que « sa grosseur était revenue » quelques mois après son opération et qu'il est décédé vraisemblablement par suite de généralisation le 12 mars 1927.*

OBSERVATION VIII

(Observation de M. le Professeur Massé).

*Sarcome des adducteurs de la cuisse droite.
Récidive. Guérison opératoire.*

Victoria G..., âgée de cinquante-sept ans, habitant Bordeaux, entre à l'hôpital Tastet-Girard le 13 septembre 1927. Cette malade a déjà été opérée par le Docteur Lacouture en 1926 pour une tumeur de la région des adducteurs de la cuisse droite; le diagnostic porté a été de sarcome.

Elle revient parce qu'elle présente, dans la cicatrice, une grosseur du volume d'une mandarine. On pense à une récidive et l'on décide l'intervention chirurgicale.

Opération de la récidive. — Faite par M. le Docteur Massé

qui fait une incision parallèle à l'axe de la tumeur, avec section du muscle droit interne et myectomie partielle des adducteurs. Suture avec drainage pendant quarante-huit heures.

Les suites opératoires sont bonnes. La malade sort du service complètement guérie en septembre 1927.

Examen de la pièce. — « Tumeur maligne à cellules polymorphes, montrant çà et là des cellules multinucléées. » (Sabrazès.)

N. B. — Examinée le 9 janvier 1930 (*Thèse de Yuen*), la cicatrice est souple, sans grande attraction des tissus avoisinants; pas de récurrence locale, pas d'adénopathie au pli de l'aîne, ni de ganglion dans la fosse iliaque. Bon état général.

N. B. — *C'est en parfaite santé que nous avons retrouvé cette malade à l'asile des sourdes et muettes où elle est pensionnaire. Elle a maintenant soixante-huit ans. Sa cicatrice est tout à fait souple, son état général est excellent et nous pouvons la considérer comme guérie.*

OBSERVATION IX

(Observation de M. le Docteur A. GOSSET).

*Sarcome musculaire de la cuisse gauche. Ablation large.
Guérison se maintenant depuis trois ans et demi.*

M^{me} M. M..., quarante ans, vient consulter en septembre 1907 pour une grosseur de la face externe de la cuisse gauche, dont le début apparent remonte à deux ans. Du reste, la malade avait remarqué, depuis plusieurs années, que ce point de la cuisse était douloureux à la pression, mais ce n'est qu'après la naissance d'un enfant, en avril 1905, qu'elle put constater une grosseur. L'accroissement de la tumeur a été lent, progressif, sans poussées. Cette tumeur très peu douloureuse est parfois le siège de battements. Pas de douleur à la marche, seulement de la douleur à la pression. Aucune gêne dans les mouvements des membres. Bon état général.

A l'examen, fin septembre 1907, on constate, sur la moitié

supérieure de la partie antéro-externe de la cuisse gauche, une tumeur du volume du poing, lisse, arrondie, non fluctuante, indépendante de la peau, sous-aponévrotique, s'immobilisant par la contraction des muscles avec lesquels elle paraît faire corps. Pas d'adénopathie à distance, pas de connection avec le fémur. On porte le diagnostic de sarcome des parties molles.

Opération. — Faite le 8 octobre 1907, par le Docteur Gosset. Incision de 30 centimètres de long, remontant jusqu'à l'arcade crurale et siégeant à la partie externe de la face antérieure de la cuisse. Après section des couches sous-cutanées et de l'aponévrose, on découvre la tumeur qui s'est développée aux dépens du muscle droit antérieur. On procède à l'ablation, en une seule masse, de la tumeur et des portions musculaires voisines et l'on tranche en plein muscle, loin de la tumeur elle-même, sans s'occuper des dégâts musculaires, uniquement préoccupé de faire une ablation très large. On constate un prolongement supérieur qui remonte dans une étendue de plusieurs centimètres, dans l'interstice du droit antérieur et du vaste externe. On l'enlève en même temps que la masse principale. Pas de ganglions paraissant envahis.

On termine en faisant l'hémostase avec beaucoup de soins, en mettant un drain dans la large cavité ainsi créée, en suturant l'aponévrose fémorale et en fermant l'incision cutanée.

Durée de l'opération : trente minutes.

Suites opératoires des plus simples.

Revue en février 1911, la malade se porte parfaitement bien, et au point de vue local et au point de vue général. Les mouvements de la cuisse opérée sont absolument normaux et la malade peut marcher aussi bien qu'avant son opération. C'est donc une survie sans récidive de trois ans et demi.

Examen de la pièce pratiqué à l'Institut Pasteur par M. Masson. Histologiquement, la pièce est constituée par un sarcome fuso-cellulaire. Le sarcome est séparé des tissus voisins par une capsule de tissu lamelleux, dont les couches sont peu à peu envahies et dissociées.

OBSERVATION X

(Dans la thèse d'E. POLOSSON, Lyon 1925).

Tumeur musculaire de la racine de la cuisse. Exérèse. Guérison.

M. D..., cinquante-huit ans. Entre à l'Hôtel-Dieu le 5 septembre 1921 parce qu'il présente une tumeur sur la face interne de la partie supérieure de la cuisse gauche.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires. A toujours eu une excellente santé.

L'affection qui le conduit à l'hôpital, a débuté il y a trois mois. En tournant une pierre, il ressent une vive douleur à la racine de la cuisse gauche. Le surlendemain, il constate à ce niveau une petite boule de la grosseur d'une noix. La tumeur augmentant toujours de volume, il vient consulter à l'Hôtel-Dieu.

A l'inspection on note à la partie supéro-interne de la cuisse gauche, la présence d'une masse du volume d'une tête de fœtus. Cette masse, sans être franchement diffuse, n'est cependant pas nettement délimitée. Elle présente une consistance élastique inégale, dure par endroits. Les contractions musculaires la fixent partiellement. L'état général reste satisfaisant. On porte le diagnostic de sarcome des parties molles.

Intervention le 19 septembre 1921. Grande incision parallèle aux adducteurs, partant de la branche ischio-pubienne. On reconnaît les vaisseaux fémoraux. La tumeur est en dedans de ceux-ci. Elle est bien encapsulée. Malgré cela, on s'efforce de tailler dans les muscles, pour être certain de rester loin et en dehors, de tout envahissement néoplasique.

Suites opératoires très simples.

Examen de la pièce. — Tumeur de la grosseur d'une tête de fœtus; couleur violacée, consistance molle avec des points pseudo-fluctuants. Capsule fibreuse continue.

Examen histologique. — On trouve des cellules de dimensions très variables. Les noyaux présentent également un très

grand polymorphisme. Certains sont énormes et souvent multiples. On songe à des cellules géantes. Les préparations ont donné lieu à de multiples discussions. Pour les uns, il s'agissait d'une tumeur à type inflammatoire, pour d'autres, d'une tumeur conjonctive très maligne : d'un sarcome. M. le Professeur Masson a bien voulu examiner nos coupes et a conclu de façon affirmative, à une tumeur d'origine musculaire, à un sarcome rhabdomyoblastique.

En 1925 le malade revient à l'hôpital pour une récurrence locale.

TROISIÈME PARTIE

CONCLUSIONS

I. La malignité des sarcomes musculaires est extrême, et nous n'avons pu trouver qu'un exemple de sarcome musculaire primitif guéri quel qu'en soit le traitement.

II. Ces tumeurs manifestent leur reviviscence, soit par la récurrence locale, soit par la métastase, et l'on a pu dire avec un fatalisme imposé par les faits, que l'évolution de ces sarcomes malins arrive toujours en un temps plus ou moins long à tuer le malade.

III. En présence du sarcome musculaire primitif d'un membre, dont le diagnostic confirmé par tous les examens ne présente pas le moindre doute, et dont l'examen général du malade ne décèle ou ne laisse prévoir aucune métastase, il semble rationnel de pratiquer l'amputation d'emblée ou la désarticulation. Mais on se heurte alors au refus du malade d'accepter l'amputation.

De même il peut persister un doute au point de vue du diagnostic. Ainsi les « conjonctivomes » d'un membre dont l'évolution est d'un pronostic bien moins grave, peuvent prêter à erreur.

IV. Aussi dans bon nombre de cas, c'est la myectomie large qui devra constituer le traitement de choix.

On la fera suivre de radiothérapie lorsque l'examen histologique de la pièce opératoire aura confirmé le diagnostic de sarcome.

V. Au cas de récidence il ne faut pas pratiquer une seconde opération conservatrice, mais une amputation haute, s'il n'y a pas encore de métastase.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu :

Le Doyen,

PIERRE MAURIAC

Vu, bon à imprimer :

Le Président,

F PAPIN.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 10 Mai 1938.

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- BÉGOUIN (P.). — Leçon de clinique chirurgicale de l'Hôpital Saint-André, 1930.
- BORIE (A.). — Sarcomes d'origine primitive intramusculaire. Etude clinique. (*Thèse*, Lyon, 1900-1901).
- BOSC (J.). — Parasitisme du sarcome (*Montpellier Médical*, 1889, p. 229-231).
- CARREL (A.). — Effets des extraits de sarcomes fuso-cellulaires sur les cultures pures de fibroblastes (*C. R. de la Société biologique*, t. XCI, p. 477).
- CHAMBE (P.). — Contribution à l'étude des sarcomes primitifs du muscle (*Thèse*, Paris, 1894-95).
- CHAVANNAZ (G.). — Sarcome des adducteurs avec température de néoplasme (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 10 décembre 1929).
- CHEVROLLE. — Contribution à l'étude des sarcomes primitifs de la cuisse (*Thèse*, Paris, 1888-89).
- DEMARQUEST. — La radiothérapie appliquée dans les traitements de sarcomes (*Thèse*, Paris, 1906-07).
- DURAND. — Sarcome de la cuisse (*C. R. à la Soc. de Chir. Lyon*, 1909).
- DURANTE. — Traité de Cornil et Ranvier, 3^e édition, p. 444.
- FASANO. — Sarcome musculaire primitif et myectomie (*Il Policlino*, 1913).
- FLORISSON. — Contribution à l'étude des sarcomes musculaires et traitement (*Thèse*, Bordeaux, 1928-29).
- GUYOT. — Sur un cas de sarcome musculaire, traité par désarticulation (Leçon clinique, 1936).

- HARTMANN. — Sarcome des muscles du mollet (*Rev. gén. clin. et théér.*, 1926, p. 248).
- JEANNENEY (G.). — Rhabdomyome du Quadriceps (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 10 mai 1929, p. 398).
- LECÈNE et LERICHE. — Tumeur des muscles (*Thérapeutique chirurgicale*, t. I, p. 184).
- LECÈNE et MONDOR. — La myectomie large dans certains sarcomes primitifs musculaires (*Journal de Chirurgie*, Juin 1911, n° 6, p. 617).
- LENGEMANN. — Enchondromes intramusculaires (*Beitrag zur Klin. Ch.*, 1901, p. 107).
- MÉRIEL (F.). — Les tumeurs inflammatoires des membres simulant le sarcome (*Gaz. des Hôp.*, 1911, p. 303).
- MERLAT (H.). — De quelques tumeurs malignes des parties molles de la cuisse. De leur traitement conservateur (*Thèse*, Lyon, 1908).
- MIGUINIAC. — Volumineux sarcome du muscle premier radial (*Bull. et Mém. Soc. anat.*, Paris, 1902, p. 218).
- MORIN (Ch.). — Observations cliniques et anatomo-pathologiques sur les sarcomes primitifs intramusculaires (*Thèse*, Paris, 1896).
- ORSINI. — Les sarcomes musculaires. Nature histologique et pathogénique. (*Thèse*, Montpellier, 1921-22).
- PATEL. — Tumeur à allure maligne des parties molles du bras (*Lyon chir.*, 1924, p. 623).
- PAPIN (F.). — (*Gazette hebd. des Sciences médicales de Bordeaux*, 23 janvier 1927; *Gazette hebd. des Sciences méd. de Bordeaux*, 23 décembre 1928).
- PETERS. — Sarcome du bras (*Médical New.*, 1883).
- POLOSSON (E.). — Contribution à l'étude des tumeurs des parties molles des membres. Du conjonctivome (*Thèse*, Lyon, 1925).
- QUÉNU. — Traité de Chirurgie.
- RICHOUX. — Sarcomes musculaires. Résultats opératoires éloignés (*Thèse*, Lyon, 1901).

- ROCHER. — Cysto sarcome du masseter. Considération clinique sur les tumeurs de ce muscle et sur les sarcomes musculaires en général chez l'enfant (*Journ. de méd.*, Bordeaux, 1904).
- RUOTTE. — A propos du sarcome musculaire (*Lyon Chir.*, 1911, p. 659).
- SCHÆFFER. — Modifications musculaires au voisinage des sarcomes et fibro-sarcomes (*Archiv. Virehow's*, 1888).
- TEEVAN. — British and Foreign. Med. and. Ch. Revue, 1863).
- VIGNE. — *Thèse*, Paris, 1862.
- YUEN. — Contribution à l'étude des sarcomes musculaires des membres (*Thèse*, Bordeaux, 1929).
-

Bordeaux. — Imprimerie E. DROUILLARD, place de la Victoire, 3.
